UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 151

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DU COL VÉSICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1934

PAR

François ARZEL

Né le 30 avril 1908, à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur..... *Président.*

GUYOT, professeur..... } *Juges*

JEANNENEY, professeur..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0101

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 151

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DU COL VÉSICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1934

PAR

François ARZEL

Né le 30 avril 1908, à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUVERGEY, professeur..... *Président.*

GUYOT, professeur..... } *Juges*

JEANNENEY, professeur..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABBAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHEVALE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale.	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

Qui fut toujours pour nous un exemple vivant de travail et d'honnêteté.

En témoignage de vive reconnaissance et de très profonde affection.

A MA MERE

Dont l'affection et la tendresse nous furent toujours d'un grand réconfort.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MA NIECE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MM. LES PROFESSEURS
DU COLLEGE SAINT-LOUIS DE BREST

A MES MAITRES
DE L'UNIVERSITE CATHOLIQUE D'ANGERS

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A M. LE MÉDECIN PRINCIPAL LE CUHITON

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE NAVALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER D'ACADÉMIE

En reconnaissance du bienveillant accueil qu'il nous a réservé pendant notre séjour à l'école.

A M. LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous fait l'honneur de présider notre thèse dont il nous inspira le sujet.

Qu'il nous soit permis, ici, de le remercier de sa grande bonté à notre égard et de lui offrir ce très modeste travail, de notre respectueuse déférence et de notre sincère gratitude. Nous garderons le souvenir ému du bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui au cours de nos études.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, les auteurs se sont contentés de classer, dans la rubrique de « faux urinaires », de « prostatiques sans prostate », les malades chez lesquels l'examen de la prostate ne permettait pas de rattacher, à la véritable cause, l'existence de troubles analogues à ceux du prostatisme. Actuellement, les recherches endoscopiques, pratiquées en série et de façon minutieuse, ont permis d'extraire, de ce cadre vraiment trop vaste de « faux urinaires », le nouveau chapitre des maladies du col.

De nombreux travaux, ces temps derniers, ont été consacrés à cette question des maladies du col. Disons, tout de suite, que, malgré les multiples recherches qui ont été réalisées dans cette voie, il règne, cependant, la plus grande discordance non pas sur la cause des troubles dysuriques dont souffrent ces malades mais sur la nature de la lésion cervicale de la vessie et sur son origine.

En réalité, il doit exister, dans ce groupe des maladies du col dont les publications augmentent de jour en jour, depuis que nous savons les diagnostiquer, plusieurs variétés et, aussi, plusieurs origines de ces lésions.

Parmi celles-ci, il en est une qui, d'après les examens histopathologiques des cols enlevés au cours des opérations, est caractérisée par une hypertrophie musculaire et qui, selon l'hypothèse de Marion, est d'origine congénitale.

En présentant ce travail, notre but est, justement, d'étudier cette affection qui doit sortir du chaos des affections du col,

pour former une entité bien définie et pour laquelle Marion a proposé le nom d' « hypertrophie congénitale du col ».

Dans cet ouvrage, nous avons adopté le plan suivant :

1° Historique.
2° Anatomie du col vesical.
3° Physiologie du col vésical.
4° Etude clinique des cas observés.
5° Anatomie pathologique.
6° Etiologie-pathogénie.
7° Observations.
8° Conclusions.
9° Bibliographie.

HISTORIQUE.

Il nous faut remonter à Lieutaud et à son école, au début du XVIII^e^ siècle, pour entendre parler de « col vésical ». C'est, également, au XVIII^e^ siècle, avec Winslow, que la discussion, qui continue encore aujourd'hui, sur son existence et sa topographie a commencé.

La pathologie du col vésical n'est étudiée que depuis le début du XIX^e^ siècle, depuis la description, en 1825, par Howship, d'une affection curieuse et rare de la membrane interne formant un pli transversal ou valvule du col de la vessie. Guthrie reprit la question en 1834.

Mercier, en 1844, décrit, lui aussi, ces valvules du col et parle de rétentions causées par une hypertrophie musculaire ou un lobe prostatique médian. Ce même auteur étudie, en outre, le cas bien connu de J.-J. Rousseau qui décrivit, lui-même, avec une clarté frappante, dans son testament, recueilli par Heresco, l'histoire clinique de sa propre maladie et pense à la possibilité, chez l'éminent encyclopédiste, d'une valvule du col d'autant plus que l'autopsie, pratiquée par cinq médecins, ne révéla point de rétrécissement de l'urètre membraneux pas plus que dans le reste de l'appareil urinaire.

En 1886, Thomson signale des rétentions dues à une hypertrophie musculaire du col suivant des phénomènes d'irritation persistante.

Quelques mois plus tard, Guyon décrit le « prostatisme vésical », syndrome analogue au tableau de l'hypertrophie de la prostate et qu'il attribue à une atonie vésicale primitive.

En 1897, Fuller décrit et envisage le traitement des réten-

tions causées par une contraction chronique du tissu encerclant le col de la vessie. Dans la même année, English parle de cet *annulus hypertrophiciæ orificæ urethræ interni* qu'il croit congénital, le séparant de toute valvule, de toute barre intravésicale.

En 1902, Motz et Arrese nient la diminution de la quantité de fibres musculaires de la vessie chez les prostatiques sans prostate et prétendent que le mauvais état des couches musculeuses n'est pour rien dans l'atonie vésicale de ces malades. Moran guérit, par un débridement du col au thermocautère, un rétentionniste chronique.

En 1905, Chetwood et Keyes parlent, pour la première fois, de dysuries attribuées à une contracture du col dont ils font un rétrécissement localisé au col de la vessie.

En 1908, Noguès et Albarran, au Congrès d'urologie, soumettent l'hypothèse d'une inhibition de la musculature du col pour expliquer certaines dysuries, inhibition empêchant aussi bien le relâchement que la contracture du sphincter interne.

En 1913, Marion montre l'importance, chez les « prostatiques sans prostate », des petits adénomes restés inaperçus à l'examen, pendant que les auteurs allemands émettent l'idée que certaines rétentions pourraient être dues à une atrophie de la prostate.

Enfin Legueu, en 1925, décrit la « maladie du col » caractérisée par une hypertrophie de tous les éléments muqueux glandulaires, musculaires et fibreux qui constituent le col vésical.

ANATOMIE DU COL DE LA VESSIE

Lieutaud, en introduisant le mot de col dans la terminologie vésicale, avait comparé le col vésical au « goulot d'une bouteille renversée »; Velpeau, à « une sorte d'entonnoir dont la pointe serait à l'urètre ». Mais, depuis Lieutaud, le col vésical a été nié par de nombreux anatomistes et, dernièrement, Dragonas (de Grèce) écrivait.: « Le col vésical n'existe pas. La vessie, à ce niveau, n'offre qu'un orifice, l'orifice vésical, qui, réuni avec l'orifice urétral, forme un seul orifice, l'orifice vésico-urétral qui doit remplacer le terme de col vésical. »

Cependant, la majorité des auteurs actuels, tout en ne donnant pas, au terme de col, l'importance que lui attribuait C. Bell qui l'étendait « du point où le péritoine l'abandonne jusqu'à son entrée dans la prostate », emploient ce mot et, même, tout autrement que Delbet et Desmont qui ne le conservent que pour sa commodité.

En général, on comprend, par col vésical, une région qui, non seulement, intéresse l'orifice vésico-urétral mais, aussi, son versant vésical et son versant urétral, c'est-à-dire la portion initiale de l'urètre entouré de son sphincter lisse jusqu'au veru montanum.

Si nous regardons le col après ouverture de la vessie, nous voyons qu'il se continue, sans ligne de démarcation, avec les parties voisines de la vessie et qu'il se présente sous la forme d'un petit orifice limité, en avant et latéralement, par un rebord concave et net; en arrière, le bord fait une légère saillie, la luette vésicale (Lieutaud). Il est donc normal que la structure du col rappelle celle du trigone qu'il continue et celle de l'urètre qu'il commence.

Sous le microscope, on remarque que le col est formé d'une couche muqueuse et d'une couche musculeuse.

1° *Muqueuse.* — Elle est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur un chorion où les fibres élastiques prédominent.

A cette muqueuse, sont annexées des glandes sous-muqueuses décrites, pour la première fois, par Jorrés et qui furent, de nouveau, étudiées par Albarran et par Cunéo. Nous savons que c'est à leur transformation adénomateuse qu'est due l'hypertrophie de la prostate.

Même à l'état normal, ces glandes sont très abondantes et elles s'enfoncent profondément dans la couche musculeuse où elles sont disposées d'une façon très irrégulière.

Quant à leurs dimensions, elles sont aussi irrégulières. Leur diamètre varie d'un point à l'autre de la coupe, même en dehors de la question d'incidence.

Leurs parois sont formées d'un épithélium cylindrique unistratifié dont les cellules ont, en tous points, les caractères des cellules sécrétrices avec un noyau basal et un pôle apical à vacuoles claires. D'ailleurs, la lumière de ces glandes, anfractueuse et irrégulière, contient, en général, un liquide séreux et des corps amylacés.

2° *Musculeuse.* — Il est classique de décrire, dans cette couche, deux séries de fibres dont les premières seraient longitudinales et les autres circulaires. Ces deux couches diffèrent, surtout en ce qui concerne la seconde, dans la partie vésicale et dans la partie urétrale.

a) *Orifice vésical.* — La couche longitudinale de cet orifice est constituée par des fibres provenant de la couche longitudinale de la vessie dont elle n'est, en somme, qu'une partie.

La bandelette postérieure de cette dernière, arrivée à la base de la prostate, ne se perd pas dans la masse de cette glande, mais se divise en deux bandes secondaires qui, réunies avec les autres faisceaux du groupe latéral de cette même couche longitudinale, vont circonscrire l'orifice vésical. Dans le quart antérieur de la circonférence de cet anneau de la

couche longitudinale, il y a agglomération plus forte des fibres ainsi qu'un renforcement dû à la couche circulaire qui est superposée aux faisceaux de la couche longitudinale.

Quant à la couche circulaire, elle n'est qu'un prolongement de la couche circulaire de la vessie.

b) *Portion urétrale.* — Les limites de cette portion sont celles du sphincter lisse. Cet anneau musculaire a de 12 à 15 millimètres de haut et son ensemble peut être comparé, grossièrement, à un cône tronqué dont la base, dirigée en haut, correspond à la base de la vessie et le sommet, au niveau du veru montanum, à la portion membraneuse de l'urètre.

Classiquement, ce sphincter lisse, traversé par des fibres longitudinales, se continue, en haut, avec la couche circulaire de la vessie et, en bas, par celle de l'urètre.

C'est une conception assez simple et vraisemblable que sont venus contrarier Young et Wesson. Ces deux anatomistes, se réunissant aux idées de Kalischer et Eberth, considèrent, dans le col vésical, une origine double. L'arc antérieur du sphincter lisse, pour ces auteurs, est formé par des fibres se détachant de la bandelette latérale de la couche longitudinale de la vessie et qui cravatent, à la façon d'une sangle, la face antérieure de la portion urétrale du col vésical sans constituer de raphé médian. Quant à l'arc postérieur, il est constitué par des faisceaux qui descendent, obliquement, de la couche circulaire de la vessie, puis, passant en arrière de l'urètre qu'ils contournent, vont se terminer sur la face antérieure de ce conduit.

Vaisseaux. — Le col vésical est très bien vascularisé. Les vaisseaux sont ténus, à paroi grêle et leur lumière, en rapport avec l'épaisseur de leur paroi, est assez petite.

Certains histologistes y ont vu des artérioles à paroi musculaire.

Innervation du col. — L'innervation de la vessie et de son col a été décrite par Hirschfeld. La description qu'en donne

ce dernier, restée longtemps classique, a été modifiée par de nombreux anatomistes et, en particulier, Guinard, Latarjet et Rochet.

Le col, comme la vessie, reçoit des filets sympathiques et des filets parasympathiques.

Les fibres sympathiques viennent de la partie supérieure de la moelle lombaire et, peut-être aussi, de la partie inférieure de la moelle dorsale (Head et Riddoch) par les nerfs hypogastriques. La majorité de ces fibres ont leur relai dans le ganglion mésentérique inférieur (Langley et Anderson) et, d'après Stewart, d'autres l'auraient dans le plexus vésical ou dans la paroi vésicale.

Les fibres parasympathiques sortent de la moelle sacrée. Elles entrent dans la constitution des nerfs pelviens ou érecteurs d'Eckhard qui donnent des filets au rectum et à la vessie par le plexus vésical. Leur relai se fait, pour la majorité d'entre elles, dans la paroi vésicale et, pour les autres, dans le plexus vésical.

Comment ces fibres se distribuent-elles? On admet que la couche circulaire de la vessie et le sphincter lisse reçoivent des fibres sympathiques des nerfs hypogastriques tandis que la couche longitudinale est innervée par des filets parasympathiques.

Macht réserve l'innervation de la base de la vessie à des filets sympathiques tandis que le sommet recevrait des filets sympathiques et parasympathiques, après avoir fait agir des substances, telles que l'adrénaline et l'ergotine, sur des fragments de vessie.

En résumé, une coupe de col vésical normal, nous montrera, d'abord, une muqueuse composée d'un revêtement épithélial de hautes cellules cylindriques à aspect stratifié et d'un chorion à fibres élastiques. Sous cette muqueuse, nous verrons une couche musculaire dont les fibres seront disposées en certains endroits, en véritable couronne, séparées, de-ci delà, par de petits îlots de culs-de-sac glandulaires.

Aspect urétroscopique du col. — Le meilleur moyen de voir le col est d'employer les urétroscopes à vision indirecte et à dilatation par l'eau, celui de Mac Carthy, par exemple.

Dans le champ urétroscopique, on ne voit qu'une partie du col; en faisant tourner l'instrument, toutes les faces défilent successivement et présentent des crêtes concaves, rouges.

Toutes ces faces ne sont pas strictement semblables; c'est, surtout, le segment postérieur qui diffère des trois autres.

Le segment antérieur est assez régulièrement concave en bas. Les faces latérales sont concaves en dedans. La face postérieure est moins nette, généralement horizontale et à bord strié. La crête orificielle peut disparaître, à ce niveau, pour faire place à un plan incliné, transition entre le plancher du trigone et la face postérieure de l'urètre.

A l'urétroscope, on peut, également, étudier l'élasticité et la tonicité du col en variant la pression de l'eau contenue dans la vessie ou en demandant, au sujet, de faire un effort mictionnel.

PHYSIOLOGIE DU COL VESICAL

Normalement, le col est fermé et maintient l'urine dans la vessie mais cet orifice a une élasticité, une souplesse qui permet, aisément, son ouverture; on sait que, lors de l'introduction d'un explorateur dans la vessie, comme dit Guyon « c'est l'absence complète de sensation quelconque qui caractérise l'entrée dans le réservoir urinaire ».

D'après la conception classique, la fermeture de l'orifice vésical est dévolue au sphincter lisse par sa tonicité, aidé, dans ce rôle, par l'élasticité des parois cervicales et urétrales, par la présence de la prostate, par la courbure de l'urètre.

Reyfisch attribue, au sphincter lisse, une action volontaire. Lorsqu'il introduit, dans l'urètre jusqu'au-dessous du col, une sonde métallique, après la réplétion de la vessie par un liquide, ce dernier ne s'écoule qu'au moment où le sujet fait un effort de miction et cet écoulement s'arrête dès que cet effort cesse. Mais Reyfisch est-il sûr de garder l'intégrité du sphincter lisse en introduisant une sonde dans l'urètre? Cette sonde ne serait-elle pas à l'origine d'un spasme sphinctérien en irritant, en dilatant la muqueuse de la partie supérieure de l'urètre?

Guyon arrête la résistance du col au moment où le besoin d'uriner se fait sentir et fait du sphincter lisse non pas l'antagoniste mais le « complice » de la miction, à cause de ses rapports anatomiques et physiologiques avec le muscle vésical. Cette hypothèse est plus vraisemblable. D'ailleurs, certaines considérations pathologiques semblent en complet accord avec cette dernière. En effet, une section de la moelle

amène une incontinence vraie par paralysie du sphincter; mais cette incontinence, affirment quelques auteurs, ne serait pas définitive et l'évacuation de la vessie aurait lieu, comme chez l'enfant, c'est-à-dire, lorsqu'elle a atteint un certain degré de réplétion.

Au moment de la miction, le col s'ouvre. Le mécanisme de son ouverture est assez mal connu. Tout d'abord, la pression de l'urine chassée par la contraction vésicale n'est pas suffisante pour forcer le col.

Certains expliquent le relâchement du sphincter lisse par une diminution du tonus musculaire.

Young et Wesson y font intervenir le muscle trigonal dont une contraction ouvrirait activement l'orifice; mais « sa structure et les conditions mécaniques dans lesquelles il se trouve ne lui permettent pas cette fonction... Le grand dilatateur du col est la couche longitudinale externe et, en particulier, la bandelette postérieure qui tire, en arrière, l'arc postérieur du col, tandis que le groupe antérieur fixe son arc antérieur » (Dragonas.)

Il est donc probable que le col de la vessie s'ouvre, un peu de la même façon que le col utérin, c'est-à-dire qu'il est, ouvert par une contraction des fibres longitudinales, aidée par une hyperpression qu'elle crée à l'intérieur de la vessie, hyperpression exerçant son action au point le plus faible, au col vésical.

ETUDE CLINIQUE

A quel âge les malades sont-ils venus se faire examiner? Il varie beaucoup et il est difficile de donner un âge moyen, peut-être 30 ans; mais l'interrogation des sujets montre, toujours, un début beaucoup plus précoce. Les uns, observateurs, ont remarqué que, déjà pendant leur enfance, leurs mictions se faisaient « plus lentement que celles de leurs camarades », les autres font remonter le début de leurs troubles à la puberté, d'autres, enfin, ne s'en sont aperçus que plus tard. Cependant, on remarque qu'il s'agit, surtout, de malades jeunes, très jeunes même, si l'on en juge par l'apparition des phénomènes.

Le début a, toujours, lieu par des troubles de la miction. Ces derniers se résument, à cette période, en une lenteur de la miction, simple symptôme auquel le sujet ne porte que rarement attention. Mais la dysurie progresse et la miction finit par être accompagnée d'efforts, parfois assez prononcés pour déterminer une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et, même, des douleurs. Beaucoup de malades ont présenté de la pollakiurie, surtout nocturne.

Ces symptômes n'amènent souvent pas le sujet à la consultation, car ils sont bien tolérés et il arrive que celui-ci ne soit examiné qu'à l'occasion d'une rétention d'urine sous une de ses formes : aiguë ou chronique, complète ou incomplète.

Ces malades, présentant de la dysurie, de la pollakiurie et, à la longue, une rétention, c'est-à-dire un syndrome d'occlusion vésicale, font penser à un obstacle situé au-dessous de la vessie.

Cet obstacle peut être un rétrécissement de l'urètre, une hypertrophie de la prostate quelle que soit son origine : adénomateuse, cancéreuse ou inflammatoire, une lésion du col, spasme, hypertrophie, œdème, une lésion de la vessie tel qu'un diverticule et, enfin, une lésion nerveuse locale ou centrale (médullaire). L'établissement du diagnostic nous conduira donc à étudier tous ces organes. Cet examen comprendra une exploration de l'urètre, un toucher rectal, un examen du système nerveux, que nous compléterons par une urétroscopie, une cystoscopie et, enfin, une cysto-radiographie.

Exploration de l'urètre. — Ce procédé nous permettra de reconnaître une obturation de l'urètre soit par un rétrécissement, soit par un spasme ou encore par un calcul.

Le diagnostic de cette obturation est, dans la majorité des cas, assez facile. On choisira, pour cela, un explorateur à boule n° 22 ou 23 que l'on introduira doucement. Normalement, cet instrument arrive, sans difficulté, dans la vessie si ce n'est qu'un arrêt passager et légèrement douloureux au niveau de l'urètre membraneux. Dans le cas d'un *rétrécissement* la boule peut être arrêtée au niveau de la sténose ou, comme dans le cas de rétrécissement blennorragique, franchir une série de ressauts et être arrêtée au bulbe.

S'il s'agit d'un *spasme*, l'explorateur ne fait rien percevoir qu'au niveau du bulbe où, également, il est arrêté. Marion conseille, alors, non pas d'essayer d'y faire passer une boule plus petite, mais un Béniqué n° 40, car aucun spasme ne résiste à cet instrument.

S'il s'agit d'un *calcul*, la boule est, encore, arrêtée, mais l'instrument fait percevoir une sensation spéciale de résistance, de frottement qui nous fera suspecter le corps étranger.

Quant au *néoplasme*, il arrêtera, également, l'explorateur, mais il saigne facilement et, comme dans le cas précédent, la cystoscopie se chargera de nous fixer à ce sujet.

Il pourrait en être de même dans le cas de l'hypertrophie prostatique dont le diagnostic se précisera au toucher rectal.

Toucher rectal. — C'est le moyen qui nous permettra

d'étudier l'état de la prostate qui peut être hypertrophiée par un adénome, un néoplasme ou une inflammation chronique.

Normalement, la prostate présente la grosseur d'une amande bombant très peu sur la face antérieure du rectum, de consistance ferme, régulière, formée de deux lobes séparés par un sillon médian.

Un adénome, un néoplasme, ou une prostatite chronique donnera, chez un sujet, une grosse prostate décelable au toucher rectal.

Cependant, il est des cas où la prostate, quoique pathologique, n'est pas hypertrophiée à l'examen. Il en est ainsi dans le cas de *l'adénome* développé aux dépens du lobe médian, par exemple, ou, encore, dans les cas de certains petits adénomes de la région péricervicale qui entraînent parfois, malgré leur petit volume, de graves troubles dysuriques.

Le *néoplasme*, au début, peut, également, être ignoré, car, à ce stade, la prostate est petite, rétractée; mais la dureté ligneuse ne manque jamais.

Nous ne devrons pas, par conséquent, éliminer ces deux diagnostics avant les résultats de la cystoscopie si l'exploration était négative.

De plus, nous ne devrons pas nous baser sur l'âge du sujet, car on voit des prostatiques jeunes de 40, 45 ans (Le Fur).

Si, au lit du malade, notre examen a été négatif, nous devrons, maintenant, procéder à l'examen du système nerveux.

Examen du système nerveux. — Nous n'insisterons pas sur les dysuries consécutives à un trouble nerveux d'origine réflexe : après une opération dans l'urètre ou une appendicectomie, le diagnostic de la cause est, en général, évident.

Il en est tout autrement, parfois, des dysuries consécutives à des troubles d'origine centrale. Le tabès nous retiendra surtout, puis le spina bifida et, enfin, les myélites et les compressions de la moelle.

Le *tabès* sera décelé par la présence de troubles moteurs : ataxie, hypotonie musculaire, de troubles sensitifs et sensoriels : crises douloureuses, perte du tact..., de troubles des réflexes : abolition des réflexes rotulien, aquiléen, signe d'Argyll-Robertson, par l'examen du sang (B-W), du liquide céphalo-rachidien (hyperalbuminose, B-W, réaction au benjoin colloïdal). Mais l'absence de signes cliniques ne doit pas nous faire éliminer, d'emblée, ce diagnostic, car le tabès peut évoluer insidieusement (Marion).

Le *spina bifida* peut également provoquer de la dysurie. Cette affection est, souvent, facilement diagnostiquée, sauf, dans quelques cas de *spina bifida occulta*, où la lésion nous sera dévoilée par la radiographie, surtout, avec examen au lipiodol.

Le diagnostic de *compression de la moelle* se fera par l'apparition, chez le sujet, d'anesthésie à la douleur, à la chaleur.., de mouvements spasmodiques, de l'abolition des réflexes, du signe de Babinski et, surtout, des modifications à la ponction rachidienne.

Une *myélite* sera suspectée quand apparaîtront, plus ou moins brusquement, des phénomènes paralytiques flasques au début, puis de l'ataxie avec un signe de Babinski positif, des troubles sensitifs, un état inflammatoire du liquide céphalo-rachidien.

Il est assez rare qu'un sujet, atteint d'une de ces affections, vienne consulter pour une simple dysurie et, le plus souvent, cet examen du système nerveux ne nous apportera aucun élément de diagnostic, aussi devrons-nous pousser plus loin notre investigation et pratiquer une urétro-cystoscopie.

Uréotrcystocopie. — Elle peut se faire à l'aide de l'urétroscope à vision indirecte de Mac Carthy ou de Heitz-Boyer.

Cet instrument nous permettra d'éliminer, définitivement, toutes les lésions de l'urètre : rétrécissement, tumeur..., et d'examiner le col.

Un col normal nous présente des bords antérieurs et latéraux toujours bien visibles, tandis que le bord postérieur n'est, souvent, qu'une légère crête finement striée.

Ce col peut être modifié par une hypertrophie d'un lobe prostatique ou une lésion d'un de ses éléments : sclérose, lésion nerveuse...

Si nous avons affaire à une *hypertrophie du lobe médian*, le col présente une saillie beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est habituellement ; le bord de la face postérieure du col ne se trouve plus dans le même champ urétroscopique que la partie supérieure du *veru montanum* et les orifices urétéraux sont, souvent, sur le même plan que le col (Marion).

Dans l'hypertrophie du lobe latéral de cette même glande, le col est déformé, de façon plus ou moins irrégulière, par la saillie arrondie provoquée par le lobe prostatique.

La *sclérose du col* sera reconnaissable à une coloration blanchâtre plus ou moins prononcée, tranchant sur le fond rose du reste de la vessie. Les mouvements de l'urétroscope sont beaucoup plus difficiles. Si nous voulons imprimer, à l'instrument, des mouvements de bascule avec cette zone cervicale comme point d'appui, nous avons l'impression qu'il est, en quelque sorte, serti par une bague (Phelip). Les mouvements d'ouverture du col semblent pénibles, l'organe prend un aspect de rigidité particulière.

Nous nous contenterons, ici, de mentionner les troubles médullaires qui se reconnaissent facilement à l'urétroscope, par une paralysie du col, du trigone. La muqueuse de la vessie est pâle, finement striée.

Enfin, ce même moyen d'exploration peut nous déceler au niveau du col, du trigone, la présence d'une valvule, d'une barre.

Dans les cas que nous étudions, beaucoup de malades présentaient des modifications du col. Ce dernier était, souvent, congestionné, à bords saillants, uniformisés, car le bord postérieur était nettement surélevé, tranchant, se

présentant, comme la partie antérieure, sous la forme d'un croissant rouge, mais concave en avant.

Nous devons ajouter que, de nombreuses fois, il a été trouvé une vessie dilatée, à colonnes.

Nous devons, également, pour être complet, signaler la présence, dans quelques cas, de diverticules de la vessie. Ces diverticules suffiraient, à eux seuls, à expliquer les troubles dysuriques; mais ils ne permettent pas d'éliminer le diagnostic possible d'hypertrophie du col (Marion). D'ailleurs ces diverticules ne peuvent-ils pas être acquis?

Notre examen pourra être complété par une radiographie qui découvrira, parfois, un diverticule, une dilatation urétérale et par une analyse d'urine qui nous permettra de savoir si notre malade est infecté ou non et d'éliminer le diagnostic de tuberculose urinaire.

En résumé, nous avons affaire à des malades qui sont jeunes et qui présentent, malgré l'absence de tout obstacle apparent, des troubles dysuriques : dysurie, pollakiurie avec évolution vers la rétention.

C'est à de tels malades que Marion conseille l'ablation totale du col vésical en disant : « Si la cystoscopie ne fait rien découvrir, on doit enlever le col vésical. Il s'agit là d'une intervention sans gravité et qui peut supprimer des lésions que, même, l'exploration de la vessie ne pouvait faire soupçonner ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. **Etat macroscopique**. — Les modifications apportées à l'arbre urinaire à la suite de ce syndrome atteignent, surtout, la vessie et le col vésical.

1° Vessie. La plupart des urologistes qui eurent à opérer des malades atteints d'hypertrophie du col furent frappés, après l'incision de la paroi vésicale, de l'épaisseur considérable de celle-ci. Cet épaississement a pu atteindre 2 cm. (obs. VIII, XVII, XXII) et, même, 2 cm. 1/2 (obs. XIX), chiffres que l'on n'avait jamais vus jusqu'ici dans les cas de rétention. Cependant, dans de nombreux cas, elle a été considérée d'épaisseur normale ou, du moins, n'a pas frappé l'attention du chirurgien. Dans un cas (obs. XXIII), la paroi vésicale était amincie.

Chez de nombreux malades, aussi, on a constaté la présence de vessie à colonnes, de diverticules, de distension urétérale.

2° Col vésical. Après l'ouverture de la vessie, on a constaté des cols déformés, durs, congestionnés, se présentant, parfois, sous la forme d'un perthuis entouré d'un véritable bourrelet circulaire. Ce bourrelet n'encercle pas toujours complètement l'orifice de l'urètre, c'est, alors, le quart postérieur qui, le plus souvent, est saillant. D'ailleurs, cette déformation n'est pas constante et nombreux sont les cas où cette saillie intravésicale manque, bien que le syndrome d'hypertrophie du col soit patent.

B. **Examen microscopique**. — Lorsqu'on parcourt les examens microscopiques des fragments des cols enlevés au cours des opérations, on constate que la réponse des histologistes ne

varie guère. Il semble que ces fragments ne soient constitués que presque uniquement par du tissu musculaire. La différence qui existe entre les cols normaux et les cols pathologiques semble donc être, chez ces derniers, une plus grande abondance des fibres musculaires. D'autre part, les examens histologiques de ces cols pathologiques ne montrent que des glandes refoulées, étouffées par le tissu musculaire.

Un fragment vésical normal montre, à partir de la muqueuse urétrale, un mince anneau musculaire constituant le sphincter lisse. A cette couche musculaire, font suite des glandes analogues, histologiquement, aux culs-de-sac prostatiques et séparées les unes des autres par des fibres lisses et des fibres conjonctives.

Dans un col pathologique, il n'en est plus de même : à partir de la muqueuse, en général normale, le fragment est constitué par de larges faisceaux musculaires, tandis que les glandes sont rares, nettement hypoplasiées.

Le tissu musculaire qui, normalement, se compose de fines fibrilles isolées ou, du moins, groupées en faisceaux assez grêles, est vu, à l'examen d'un col pathologique, sous l'aspect de gros faisceaux constitués par des fibres dont le diamètre est nettement augmenté comparativement à celui d'une fibre normale. Il y a donc, dans les cols pathologiques, en dehors d'une augmentation en nombre et en volume des faisceaux musculaires, une hyperplasie et une hypertrophie des fibres qui constituent ces faisceaux.

Quand on considère l'orientation de ces faisceaux musculaires, on remarque qu'ils sont intriqués en tous sens.

Nous devons ajouter que cette définition rappelle celle d'un myome et que certains histo-pathologistes ont dû y penser, d'autant plus qu'il existe, dans certains cas, une très nette hyperplasie conjonctive. Mais cette hyperplasie conjonctive, lorsqu'elle existe, est toujours moins forte, dans nos observations, que l'hyperplasie musculaire. En général, d'ailleurs,

le tissu conjonctif est peu abondant, formé de faisceaux assez grêles entre les groupes musculaires.

Dans les cas où le tissu conjonctif est hyperplasié, il revêt les caractères d'un tissu jeune, formé de faisceaux assez denses, très riches en collagène. Ces faisceaux sont, surtout, remarquables au niveau du chorion où ils peuvent prendre l'aspect d'un tissu inflammatoire car ils sont caractérisés par la présence de lymphocytes et de fibrocytes. On en a, également autour des glandes. Bouillié explique cette réaction inflammatoire par une infection secondaire : « Cette réaction inflammatoire nous a paru, toujours, contingente et facilement explicable par l'infection du canal chez des malades qui se sondaient, parfois, depuis des années. D'ailleurs, l'altération de l'épithélium de l'urètre et des culs-de-sac glandulaires plaide abondamment en faveur de cette hypothèse » (Bouillié).

Mais ce caractère inflammatoire n'existe que dans une petite minorité de coupes. Comment, alors, expliquer cette hyperplasie conjonctive ? Est-elle consécutive à l'hyperplasie musculaire ou existe-t-il des hypertrophies mixtes musculaires et conjonctives ? Les deux processus sont possibles.

Dans un fragment urétral normal, on rencontre, sous la muqueuse, une couche glandulaire importante dont les culs-de-sac sont séparés, les uns des autres, par de légères traînées de tissu conjonctif.

Les fragments pathologiques examinés montrent, également, des éléments glandulaires, mais ils sont nettement amoindris, écrasés par de nombreux faisceaux qui tendent à les étouffer complètement. Au point de vue histologique, ces glandes sont modifiées. Les culs-de-sac semblent subir un processus de dégénérescence dû à une rétention. Leurs cavités sont, en effet, distendues et leur épithélium est aplati contrairement à ce que nous avions vu à l'état normal. Il n'y a guère que les glandes situées dans la région paraurétrale, à avoir gardé un aspect à peu près normal. Mais, dans aucun cas, il

n'a été signalé de transformation adénomateuse des cavités glandulaires.

En résumé, nous sommes en présence de cols où les faisceaux musculaires sont plus nombreux, augmentés de volume et constitués par des fibres, elles-mêmes hypertrophiées et hyperplasiées, où le tissu conjonctif, à part quelques cas, est assez normal et où les glandes subissent une certaine atrophie.

ETIOLOGIE. PATHOGENIE.

Les auteurs, pour expliquer les troubles dont souffrent les malades atteints d'affection du col, se sont basés, surtout, sur les résultats des examens miscroscopiques des fragments enlevés au cours des opérations. Leurs conclusions diffèrent et ils ont émis soit l'hypothèse d'une infection, d'une cause nerveuse, ou, enfin, se sont joints à la conception de l'hypertrophie du col.

A. **Conception inflammatoire**. — Elle est défendue par de nombreux auteurs et, en particulier, l'école italienne. Ils soutiennent que ces troubles sont dus à « une induration rigide du col » (N. et F. Serrallach). Cette sclérose où tous les éléments constitutifs du col vésical masculin prendraient part au processus dégénératif, serait une forme acquise et aurait un caractère avec prédominance inflammatoire chronique (Pisani).

Certes dans les cas que publient ces auteurs, l'origine inflammatoire de l'affection cervicale n'est pas douteuse, mais ces derniers prétendent-ils englober tous les cas de « maladies du col »?

Il est vrai que beaucoup de ces urologistes y admettent dans l'élément initial, parfois, une dysplasie congénitale, mais ils lui font suivre un processus sclérosant aboutissant au même résultat, à une sclérose du col après, peut-être, une hypertrophie musculaire (Pisani).

Nous ne disons pas que cela ne puisse pas être, mais, à l'examen histo-pathologique des fragments de col dans les observations que nous avons relevées, il n'est jamais fait

mention de tissu musculaire en voie de sclérose, bien que le tissu conjonctif y soit d'intensité variable.

A cette théorie inflammatoire, se rattache la contracture. Ce terme de « contracture » de Keyes (senior) évoque, chez nous, une idée de contraction, mais les auteurs américains y voient une sténose fibreuse de l'orifice vésical (Chetwood). Cette sténose a, pour origine, une inflammation chronique.

B. **Conception nerveuse**. — Elle émet l'hypothèse d'un spasme réflexe du sphincter lisse, réflexe analogue aux manifestations remarquées dans d'autres organes où il est l'effet de lésions minimes non appréciables, et où il est susceptible de provoquer l'hypertrophie de la musculeuse.

Le spasme du sphincter interne provoquerait un arrêt de la sonde (Albarran et Noguès). Nous ne l'avons trouvé que dans de rares cas ; d'ailleurs, l'existence d'un spasme « n'exclut pas l'hypothèse d'une hypertrophie musculaire, bien au contraire » (Bouillié).

C. **Conception de l'hypertrophie du col**. — Elle est basée sur les travaux de Legueu et de Marion.

Legueu a décrit ce qu'il appelle la « maladie du col ». Cette affection consiste en un syndrome analogue à celui que nous décrivons et causé par une hypertrophie, en masse, de tous les éléments constituants du col. Pour Legueu, il y aurait donc non seulement une hypertrophie musculaire et fibreuse mais, aussi, une hypertrophie glandulaire à laquelle il semble attacher une très grande importance puisqu'il prétend que, lorsque l'adénome n'est pas découvert macroscopiquement, il l'est au microscope.

Cette hypothèse est vraisemblable (Mercier, du Canada) ; mais pas plus qu'il n'existe d'inflammation au niveau des cols examinés, il n'y est décelé d'adénome.

Nous ne pouvons, donc, expliquer ces cas par la théorie de Legueu. Il en va tout autrement quand on fait appel à celle de Marion.

Pour cet auteur, les troubles dont souffrent ces malades

seraient dus à une hypertrophie musculaire. Les examens histopathologiques révèlent, en effet, une hypertrophie musculaire très nette, un tissu conjonctif, toujours moins abondant et, aussi, une hypoplasie glandulaire.

Marion émet, aussi, l'idée d'une origine congénitale.

Pour que cette origine soit vraisemblable, il faut :

1° Que les troubles soient apparus dans le jeune âge;

2° Qu'il n'existe pas d'autre origine possible de la lésion cervicale.

1° Les troubles sont apparus dans le jeune âge. Il suffit, pour s'en persuader, d'examiner l'âge des malades. Certes, beaucoup d'entre eux ont dépassé 30 ans; mais si nous poussons l'interrogatoire de ces sujets, nous nous apercevons bien vite, que le début de leur affection remonte à l'âge de 15 ans, 12 ans, 10 ans, 7 ans et même avant 7 ans. D'ailleurs, un début tardif n'exclut pas l'origine congénitale. La hernie inguinale se révèle-t-elle, toujours, dans le jeune âge? Certains de ces « vieux malades » ne pouvaient-ils pas avoir, depuis leur naissance, une malformation en puissance ou trop peu développée pour causer des troubles sérieux?

2° Il n'existe pas d'autre origine possible de la lésion cervicale. Cela découle de ce que nous avons écrit précédemment. Il n'y a pas, en effet, d'origine infectieuse pas plus que de cause nerveuse ou néoplasique.

Bouillié ajoute un argument de plus, en faveur de l'origine congénitale, c'est la « coincidence fréquente avec d'autres malformations congénitales et, en particulier, diverticule de la vessie ». Sur quinze cas observés, il en a noté cinq où la vessie présentait un diverticule. Ces diverticules sont-ils acquis ou congénitaux? S'ils sont acquis, ils prouvent simplement un obstacle cervical en dehors de toute autre lésion. S'ils sont congénitaux (ce sont les plus nombreux parmi les diverticules de la vessie), ils plaident, évidemment, en faveur de l'origine congénitale d'une lésion cervicale.

TRAITEMENT

Pour atteindre le col vésical, trois voies sont possibles : la voie urétrale, la voie périnéale et la voie sus-pubienne.

A. **Voie urétrale**. — Elle eut, longtemps, la faveur des urologistes, mais il nous suffit de rappeler, aujourd'hui, les méthodes de Guthrie, Mercier, Civiale, qui sont passées de mode.

Certains et, en particulier, les Américains, se sont basés sur le même principe pour pratiquer, à l'aide de l'urétroscope, une excision partielle du col.

En général, le sujet reçoit une anesthésie épidurale. Nous avons, à notre disposition, plusieurs instruments.

1° La *sonde-bistouri électrique*, au moyen de laquelle on pratique plusieurs sections radiaires sur le pourtour du col.

2° La *curette électrique endoscopique*, pratiquant, au niveau du plancher du col, une véritable tranchée.

3° La *punch-opération* de Young. Cette méthode consiste en l'introduction, dans l'urètre, d'un tube creux présentant, près de son extrémité vésicale, une ouverture latérale, véritable emporte-pièce, où on insinue la partie du col que l'on veut sectionner.

Cette méthode a subi plusieurs transformations depuis sa description. Young et Caulk ont substitué un cautère à la lame tranchante. Mac Carthy avait modifié le fonctionnement de Young par la d'Arsonvalisation. Day, à son tour, y introduit une électrode de coagulation à haute fréquence.

Que penser de toutes ces méthodes ? Les auteurs américains les préfèrent à toutes les autres, à cause de leur facilité et de

leur bénignité, et publient des résultats vraiment intéressants.

Cependant, le procédé de Young ne paraît pas sans inconvénient, bien que l'urologiste opère sous le contrôle de la vue, car des complications peuvent surgir : l'hémorragie malgré l'assertion de divers auteurs, l'infection et le rétrécissement par bride cicatricielle amenant, en quelque sorte, une récidive. En tout cas, les méthodes de Heitz-Boyer, de Phelip, Day, ne sont pas à conseiller car elles laissent, après elles, des facteurs de toxicité. Cependant, Papin, en France, incise l'arc postérieur du col au moyen de la sonde à diathermie.

Geraghty a décrit un sphinctérotome comparable au procédé de Young.

B. **Voie périnéale**. — Elle n'est guère employée que par Chetwood qui aborde ainsi le col qu'il peut sectionner à l'aide d'un galvanocautère.

C. **Voie sus-pubienne**. — C'est la voie dont on se sert le plus couramment en Europe.

Après une taille hypogastrique et l'incision de la face antérieure de la vessie, on a un large champ ouvert sur la région cervicale.

Les chirurgiens ont, ici, le choix entre plusieurs procédés.

1° *Discision du col.* Elle consiste en une dilatation forcée du col par l'intromiscion d'un doigt, d'une bougie de Hegar, d'une pince. Elle peut suffire d'après Phelip et M. Papin (de la Rochelle). Mais on risque, avec cette simple opération, une récidive par soudure des fibres dilacérées ; aussi, les auteurs qui préconisent cette méthode, conseillent-ils des séances de dilatation post-opératoires.

2° *Incision du col.* Elle se fait, suivant l'axe de l'urètre, sur le bord postérieur.

3° *Excision du col.* C'est la méthode de choix, c'est la plus usitée en France.

a) L'excision peut être *partielle.* Certains auteurs : Rubritius, Pisani, Gauthier, se contentent d'enlever le bord postérieur. Rubritius conseille l'excision d'un fragment de 1 cm. de hauteur.

Les chirurgiens qui préconisent ce procédé, craignent que l'excision totale du col, c'est-à-dire du sphincter interne, soit suivie d'incontinence, mais le sphincter strié persiste, tandis que l'excision partielle peut être suivie, comme la discision et l'incision, de récidive par cicatrisation fibreuse.

b) L'excision *totale* est le procédé de choix. Elle est conseillée par beaucoup d'urologistes : Legueu, Marion, Buerger... Les uns la font par énucléation au doigt, les autres par ablation totale du col au bistouri.

L'*énucléation au doigt* a cet avantage de pouvoir être pratiquée avec une petite incision de la paroi abdominale tout comme dans la prostatectomie dont la méthode dérive ; mais elle est, très souvent, difficile car le col pathologique est, fréquemment, scléreux, adhérent aux parties voisines.

L'*ablation totale* est celle qu'emploient la plupart des chirurgiens actuellement. C'est vraiment la méthode de choix. Elle consiste à enlever le col vésical sur un diamètre de 2 cm. environ et sur une hauteur de 1 cm.

Technique.

Le malade sera préparé exactement comme pour une prostatectomie ou toute autre opération sur le bassin. Si c'est nécessaire, la cavité vésicale sera aseptisée, pendant les jours qui précèdent, par des lavages au nitrate d'argent, au permanganate de potasse...

Comme anesthésie, nous avons à choisir entre la rachianesthésie ou l'anesthésie générale. En général, on emploie l'anesthésie à l'éther.

L'opération se fait en position inclinée après le remplissage de la vessie.

L'incision de l'abdomen se fait sur la ligne médiane, sur une longueur de 8 à 10 centimètres, à partir du niveau du bord supérieur du pubis. Elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le raphé médian et on tombe sur la graisse périvésicale de l'espace de Retzius, que l'on écarte de la main.

La vessie apparaît, alors, dans la partie pubienne, recouverte, en haut, par le cul-de-sac péritonéal prévésical que l'on refoule.

Avant l'ouverture de la vessie, il est nécessaire de fixer cet organe par une anse de catgut qui pénètre toutes les couches de la paroi vésicale, de chaque côté de la ligne médiane. On ponctionne la vessie et on incise, au bistouri, la paroi vésicale sur la ligne médiane. L'incision est continuée en haut vers l'ombilic en évitant le cul-de-sac péritonéal et en bas vers le pubis, au moyen des ciseaux et on applique l'écarteur vésical de Legueu exposant la cavité vésicale et le col que l'on peut, ainsi, examiner très sérieusement.

L'ablation du col se fait aisément. Après l'avoir fixé par des pinces, on circonscrit l'organe, au bistouri, à une distance de un centimètre environ, de l'orifice urétral. On tire, en haut, sur le col que l'on peut sectionner, avec l'urètre, sur une hauteur de un centimètre à un centimètre et demi. L'organe est, généralement, enlevé en bloc; on ne manquera pas d'en faire une biopsie qui contrôlera le diagnostic.

L'expérience a montré que cette plaie pouvait saigner; aussi a-t-on pris l'habitude de la tamponner avec une mèche iodoformée.

L'opération se termine par une fermeture partielle de la vessie, après mise en place d'une sonde de Freyer ou de Marion.

Les soins post-opératoires se résument à l'enlèvement de la mèche iodoformée le quatrième ou le cinquième jour. Le drain pourra être remplacé par l'application d'une sonde à demeure vers le dixième jour et, à ce moment, on fermera définitivement la paroi. Des lavages vésicaux devront être faits jusqu'à éclaircissement des urines.

Cette méthode, quoique plus choquante que les précédentes, a de grands avantages. Elle permet d'opérer à vessie ouverte, donc de s'assurer du diagnostic et de l'absence de lésions concomitantes : diverticule... qu'il « serait nécessaire de supprimer également, car il amènerait, toujours, la persis-

tance de l'infection vésicale et l'évacuation incomplète de la vessie » (Marion).

De plus, cette opération ne fait pas risquer de récidive. Quant à l'incontinence, elle n'est pas à craindre puisque le sphincter strié est indemne; d'ailleurs, tous les opérés dont le nombre augmente chaque jour, n'en ont pas présenté jusqu'ici.

OBSERVATIONS

Observation I. (Inédité, due à l'obligeance de M. Duvergey). — Charles A..., 20 ans, électricien, entre dans le service de M. Duvergey pour troubles de la miction, le 30 avril 1933.

Ce malade est dans l'impossibilité de préciser le début de l'affection qu'il présente. Il se souvient de ce que, déjà dans son enfance, il urinait lentement. De plus, il éprouvait, à chaque miction, une gêne assez marquée, surtout au début de l'acte mictionnel, gêne qui l'obligeait fréquemment à produire des efforts. Ces troubles se sont accompagnés, depuis quelque temps d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, lorsqu'il pousse pour uriner.

En dehors de cette dysurie qui s'est accrue d'une façon notable ces temps derniers, le malade n'accuse aucun autre symptôme qui puisse attirer notre attention. Il n'a jamais eu de pollakiurie, ni de nycturie. Il n'a jamais présenté d'hématurie et ses urines sont toujours restées claires. Les mictions ne sont pas douloureuses.

L'étude des antécédents de ce malade ne nous révèle rien de bien particulier : il n'a jamais eu de maladies infectieuses, pas de blennorragie.

A l'examen du malade, nous nous trouvons en présence d'un sujet pâle, de constitution assez faible, mais, cependant, en bonne santé, sans température ni tachycardie.

Dans l'abdomen, les fosses rénales sont silencieuses, la verge, le scrotum, les testicules sont normaux. La vessie ne nous paraît pas augmentée de volume. L'exploration de l'urètre ne nous révèle aucun spasme, aucun rétrécissement.

Il n'y a pas de modifications tant du côté des vésicules que du côté de la prostate au toucher rectal. Le cathétérisme vésical nous permet de ramener un léger résidu de 30 centimètres cube.

L'examen des divers appareils est absolument négatif, la bouche le pharynx, le thorax, la colonne vertébrale sont normaux. Aucun signe du côté du système nerveux, pas d'Argyll-Robertson.

Tension artérielle au Pachon : 14-7.

Urines normales claires, sans dépôts, pas de glucosurie, légère albuminurie de 0.08.

Urée sanguine : 0 gr. 25.

B-W négatif.

P-S-P : 55 %.

Le 5 mai, l'urétroscystoscopie pratiquée montre une vessie de bonne capacité, à colonnes. L'orifice urétéral droit et de forme elliptique et béant, ressemblant à un orifice de diverticule. L'orifice urétéral gauche est normal. La muqueuse vésicale est normale sauf dans la région cervicale où elle est plus rouge que normalement. Celle-ci donne l'impression de bomber, à la fois, dans la vessie et dans l'intérieur du col.

Le 9 mai, la cystographie au collargol montre une vessie un peu dilatée, un uretère droit anormalement augmenté de diamètre surtout en bas.

M. Duvergey pose le diagnostic d'hypertrophie du col vésical et décide le malade à l'intervention qui a lieu le 19 mai.

Cystostomie sus-pubienne sous anesthésie à l'éther. L'ouverture large de la vessie montre ce que nous avions déjà vu à la cystoscopie, une vessie à colonnes légèrement augmentée de volume. L'épaisseur de la paroi vésicale est, sensiblement, normale. Le col forme, autour de l'orifice urétral, un bourrelet saillant et congestionné. L'ablation du col est pratiquée sous hémorragie importante.

La paroi abdominale est refermée après la mise en place d'une sonde à demeure.

Le 12 juin, la sonde urétrale, malgré une légère fistule hypogastrique est enlevée. Le malade se met à uriner normalement.

Le 21 juin, il quitte l'hôpital, complètement guéri. L'examen histologique d'un fragment du col enlevé, a été pratiqué par le professeur Sabrazès qui a répondu : « mélange de faisceaux musculaires lisses, tissu conjonctif un peu enflammé (lymphocytes et fibrocytes). Pas d'évolution maligne ».

Observations II. (Marion, 1913). — M. Lem..., 30 ans, présente des troubles de la miction.

Antécédents : pas de blennorragie antérieure.

A 18 ans, début par une dysurie qui augmente de plus en plus, obligeant le malade à faire de grands efforts pour uriner.

Examen : pas d'hypertrophie de la prostate.

Cystoscopie : col un peu congestionné et soulevé en saillie en un point sur la partie postérieure et gauche de son rebord.

Opération (sous chloroforme) : cystostomie, ablation en bloc du col épaissi. Tamponnement. Tube de Marion. Examen histologique : masse de formation musculaire presque pure, avec très peu de tissu conjonctif. Muqueuse urétrale normale.

Guérison.

Observation III. (Marion 1919). — A. B..., 48 ans.

Antécédents : début des troubles dans l'enfance. A 18 ans, rétention complète.

Opération : cystostomie, enlèvement du col vésical avec des fragments prostatiques adhérents.

Examen histopathologique : tissu musculaire avec à la périphérie quelques débris de glandes normales. Guérison.

Observation IV (Bouillié 1929). — M. Ga..., 29 ans, entre à l'hôpital pour troubles de la miction.

A 14 ans, le sujet remarque que ses mictions sont plus longues que celles de ses camarades. Dysurie indolente accompagnée de pollakiurie diurne. La dysurie a augmenté peu à peu.

Examen : globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Prostate normale au toucher rectal.

Cystoscopie : vessie à colonnes, col peu déformé.

Opération : cystostomie, ablation du col. Mèche dans la cavité. Vessie très distendue, épaissie et à colonnes.

Suites : après l'ablation de la mèche, hémorragie nécessitant un nouveau tamponnement. Depuis l'opération le malade urine normalement.

Observation V (Marion, 1923). — M. F..., 34 ans, entre à l'hôpital pour une dysurie très marquée remontant à 6 mois, consistant en une lenteur remarquable de la miction (10' à 15').

Prostate normale. Liberté complète de l'urètre.

Opération : ablation du col vésical après section de la muqueuse au bistouri.

Le malade, après cette opération, vide complètement et facilement sa vessie.

Mais 5 ans après, réapparition des troubles avec installation de troubles nerveux et psychiques.

Hypertrophie du col? Tabès?

Observation VI (Abounader, 1926). — Homme de 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou acquis.

Début à l'âge de 7 ans par une gêne à la miction. Jet polymorphe (bifurqué, fin ou gras). Pollakiurie nocturne à 16 ans, puis diurne à 20 ans. A 29 ans, incontinence d'urine d'abord post-mictionnelle puis nocturne et, enfin, diurne. A 35 ans, apparition d'une cystite aiguë, suivie d'une rétention d'urine d'abord incomplète puis complète.

Opération : ablation totale du col. Epaisseur anormale de la paroi vésicale.

Examen histologique : abondance des faisceaux musculaires. Tissu conjonctif assez grêle.

Guérison.

Observation VII (Marion 1927). — M. C..., 46 ans, qui, atteint de troubles considérables de la miction, est dans l'impossibilité presque absolue d'émettre de l'urine. Il doit se sonder plusieurs fois par jour. Le malade s'est infecté et les urines sont troubles.

Il y a un ans, il fut opéré pour un diverticule soupçonné d'être la cause de sa dysurie. Sans résultats.

Opération : après désinfection de la vessie par auto-vaccins et série de lavages, ablation du col. Tamponnement. Drainage sus-pubien.

Guérison.

Observation VIII (Marion et Chevassu, 1927). — J. L..., 55 ans, ne peut préciser le début de ses troubles dysuriques. A 25 ans, miction lente mais facile. A 40 ans, 45 ans, tout facteur de congestion du bassin aggrave ses troubles d'où diagnostic de dysurie par congestion ano-prostatique.

La difficulté d'uriner augmente encore avec l'âge. Traitement diurétique sans résultat.

Dernièrement, douleurs analogues à une colique néphrétique. Mictions très rares et très abondantes. Quelques jours plus tard, rétention complète et le sondage pratiqué permet l'évacuation de 1 l. 400, amenant la disparition de la douleur lombaire, mais récidive.

Médication antispasmodique énergique sans résultat.

Examen : région lombaire sensible, mais rein imperceptible. Globe vésical appréciable. Prostate sensiblement normale.

Radiographie : aucun calcul, rein gauche un peu plus développé que le droit, mais non abaissé.

Cystographie : vessie à type infantile, à forme de poire à queue supérieure, à colonnes. Pas de saillie anormale au niveau de la prostate. Opération suivie d'une contracture intense du sphincter vésical.

Exagération des réflexes rotuliens. Pas de signes de syphilis.

Tension artérielle : 16-10. Azotémie baissée de 0,58 à 0,32 par la sonde à demeure.

Urétroscopie : urètre normal, pas de déformations vésicales.

Opération : cystostomie, épaisseur considérable de la paroi vésicale (2 cm.). Le col vésical présente un véritable bourrelet circulaire entourant l'orifice urétral. Ablation totale du col.

Examen histologique : fibres musculaires et quelques glandes.

Guérison.

Observation IX (Marion 1928). — M. L..., 51 ans, entre à l'hôpital pour pyurie très marquée et pollakiurie. A chaque miction, douleurs très vives et épreintes.

Début des troubles, il y a 3 ans; mais, depuis très longtemps, le malade avait remarqué que ses mictions étaient longues et à jet faible.

Il y a 2 ans, urétrotomie interne sans résultat.

Il y a 1 an, découverte d'un diverticule vésical et on trouva un urètre perméable, une prostate normale. Résidu vésical de 200 cc.

Cystoscopie : diverticule sur la face latérale droite.

Résection du diverticule sans résultat.

Opération : ablation totale du col vésical.

Guérison.

Examen histologique : fibres musculaires lisses en faisceaux très peu épais et dissociés par du tissu conjonctif, quelquefois fibreux, mais surtout inflammatoire, jeune avec un infiltrat abondant lympho-plasmocytaire.)

En somme, hypertrophie musculaire avec, surtout, une réaction inflammatoire, encore évolutive, dont le tissu conjonctif est, peut-être le témoin.

Observation X (Marion 1928). — X..., 33 ans, présente, depuis plusieurs années, de la dysurie si accrue qu'elle oblige le sujet à se sonder plusieurs fois par jour. Pyurie.

Cystoscopie : diverticule à droite et hyperthrophie manifeste du col caractérisée par un bourrelet postérieur.

Opération : hypertrophie considérable de la paroi vésicale, ablation du diverticule et du col vésical.

Résultat très satisfaisant.

Examen histologique : faisceaux de fibres musculaires lisses très denses, séparés par des travées conjonctives très importantes. En certains endroits, cependant, le tissu conjontif est plus épais.

Observation XI (Marion-Van Straelen d'Anvers, 1928). — St..., qui, il y a 5 ans, fut affecté d'une rétention d'urine et, pour laquelle on lui fit une cystostomie qui montra un divertivule enlevé, il y a 3 ans, sans résultat. L'ablation du col fut, alors, pratiquée et permit au malade d'uriner toutes les 3 heures.

Observation XII (Picquet et Bonnecaze) 1928. — M. X... 53 ans, atteint de troubles très marqués de la miction accompagnant un très mauvais état général.

Début à l'âge de 18 ans par une rétention d'urines complète en certaines circonstances. Depuis : pollakiurie avec ballonnement du ventre.

A 52 ans, incontinence nocturne occasionnant une insomnie presque complète. Mictions fréquentes et douloureuses.

Puis incontinence diurne avec maux de tête, douleurs lombaires, amaigrissement.

Pas de blennorragie.

Examen : vessie en état de rétention chronique, remontant jusqu'à l'ombilic.

Urètre sans spasme ni rétrécissement. Prostate normale.

Urines claires.

Surdité très accentuée, apparue à 44 ans. Pas de signes de tabès. Urée sanguine, 0,65.

Opération : cystostomie sous anesthesie locale puis, 3 semaines après, sous anesthésie à l'éther, ablation du col.

Guérison.

Observation XIII (Bouillié, 1929). — M. D.., 19 ans, vient consulter pour une rétention chronique d'urine durant depuis 3 ans. Condamné au sondage perpétuel.

Examen : pas de rétrécissement, prostate normale, système nerveux intact.

Diagnostic : hypertrophie congénitale du col.

Opération : grande taille, diverticule adhérent de l'urétère droit, que l'on enlève. Circonscription du col par une incision et enlèvement en totalité de celui-ci. Suites opératoires : pyonéphrose droite due à la réimplatation de l'urétère droit. Néphrectomie secondaire. Le malade, après sa sortie, urine d'une façon satisfaisante.

Observation XIV. (Blanchot 1928). — Homme de 42 ans vient consulter pour pollakiurie et fatigue générale.

Début par une gêne de la miction jusqu'à 20 ans puis amélioration jusqu'à 30 ans. Réapparition des troubles après un froid : mictions lentes, laborieuses, surtout le nuit. Aggravation depuis 5 mois : mictions plus fréquentes et accompagnées d'efforts. Reins douloureux. Dans les derniers mois : incontinence nocturne.

Pas d'antécédents.

Examen : globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic.

Prostate normale. Urètre normal. Système nerveux intact.

Cystoscopie : dépression assez accusée en arrière du col et relief notable des méats urétéraux.

Opération : cystostomie sous anesthésie, excision de la partie postérieure du col et incision, sur la ligne médiane, de la moitié antérieure. Tube de Marion.

Guérison.

Le fragment du col enlevé analysé par le professeur Sabrazès est ainsi qualifié : « tissu fibro-musculaire très développé. Beaucoup de glandes du col. Glandes en tubes ramifiées. Pas d'évolution maligne ».

Observation XV. (Bouillié 1929). — M. El..., 40 ans, présente, depuis 20 ans, des troubles de la miction. Dysurie avec phénomènes de cystite : pollakiurie surtout diurne, pyurie. Cystite traitée sans résultat, au contraire les troubles s'accentuent.

Examen : urètre perméable, résidu au sondage, urines troubles et fétides, prostate normale. Rien du côté du système nerveux.

Cystoscopie : col rouge formant une barre très nette à la partie inférieure.

Opération : grande taille, paroi vésicale légèrement épaissie. Pas de colonnes. L'orifice du col forme un pertuis entouré par un bour-

relet circulaire plus marqué en arrière, faisant une saillie de 5 centimètres. Ablation du col. Tamponnement. Drain.

Examen histologique : muqueuse à réaction inflammatoire ancienne ne s'étendant que jusqu'à la sous-muqueuse, au-dessous, bandes de fibres lisses séparées par des tractus de tissu conjonctif très collagène de moins en moins dense.

Guérison.

Observation XVI (Bouillié 1929). — M. P..., 39 ans, atteint, depuis 2 ans, de rétention chronique complète.

Début à l'âge de 28 ans? par une miction difficile accompagnée d'efforts et de pollakiurie.

Cystostomie, il y a 5 ans, pour extraction de calculs vésicaux. Complications post-opératoires.

Tabès suspecté, examen négatif, pas d'amélioration par le traitement antispécifique.

Examen : fistulette sus-pubienne, purulente. Urines troubles, fétides. Prostate normale.

Cystoscopie : gros calcul vésical.

Opération : cystostomie, vessie très épaissie (1 cm. 1/2), à colonnes, à muqueuse très rouge. Col d'aspect normal. Ablation du calcul. Ablation du col par incision au bistouri. Mèche. Drain de Marion.

Examen histologique : muqueuse à épithélium complètement malpighiennisé, chorion marqué d'une réaction inflammatoire. Au-dessus, lésions scléreuses puis les fibres musculaires se densifient. Quelques culs-de sac, glandulaires strictement sous-muqueux, dans une zone peu étendue.

Guérison.

Observation XVII (Bouillié 1929). — M. R..., 55 ans, entre à l'hôpital pour rétention chronique incomplète.

A l'âge de 10, 12 ans, lenteur de la miction à petit jet. La dysurie a augmenté progressivement depuis. Pollakiurie nocturne et diurne.

Examen : prostate normale au toucher rectal. Rétention complète si on enlève la sonde.

Cystoscopie : à la partie inférieure du col, bourrelet très net, concave en haut.

Opération : cystostomie, paroi vésicale très épaissie (2 cm.). Ablation du col aux ciseaux. Tamponnement par une mèche iodoformée.

Examen histologique : surtout des fibres musculaires lisses groupées en larges lobules, à peine séparées les unes des autres par de grêles travées collagènes. Bande superficielle de sclérose semée de quelques îlots lymphoïdes, recouverte par un épithélium normal.

Observation XVIII (Michon et Mouzon, 1931). — M. V..., 43 ans, consulte pour phénomènes de rétention avec incontinence. Début apparent, il y a 3 mois, par une incontinence nocturne. Diminution de l'acuité visuelle, amaigrissement notable.

Examen : rétention d'urine incomplète avec distension vésicale jusqu'à l'ombilic. Prostate petite, de consistance normale. Urètre normal.

Cystoscopie : col semblant normal, vessie à colonnes. Pas de lésions médullaires, mais signe de Babinski positif.

Opération : sous anesthésie épidurale combinée à une anesthésie pariétale : résection vaste, en coin, de la berge postérieure du col vésical.

Examen histologique : hypertrophie musculaire simple.

Guérison.

Observation XIX (Maltese Le Roy, 1931). — A. O..., 25 ans, se présente pour une hématurie datant de 8 jours, une dysurie intense, douleurs dans le flanc droit et urines troubles.

Depuis la naissance : difficulté de la miction augmentant progressivement. A 14 ans, poussées de température avec frissons, sueurs, urines troubles et douleur lombaire droite. Poussées analogues tous les 6 mois. A 18 ans, doit s'accroupir pour uriner.

Examen : urines sanglantes, troubles, fétides. Pas de globe vésical. Point pyélique droit un peu douloureux. Prostate normale, urètre normal. Résidu de 300 gr.

Cystoscopie : muqueuse enflammée, vessie à colonnes, col congestionné, sans saillie anormale, barrer à bord très net à la partie inférieure.

Pas de signes nerveux.

Cystographie : vessie à colonnes, urêtère droit énormément dilaté plus en bas qu'en haut.

Opération : cystostomie, paroi vésicale épaisse de 2 cm. 1/2, pourtour du col formant un bourrelet circulaire.

Ablation du col, tamponnement avec mèche iodoformée.

Examen microscopique : hypertrophie musculaire accompagnée d'inflammation de la muqueuse du col.

Suites normales.

Observation XX (Rodriguez, 1932). — J. W..., 47 ans, entre à l'hôpital, pour rétention complète.

Depuis son enfance, le malade est très long à uriner : dysurie qui augmente de plus en plus.

Traitement médical sans résultat.

Examen : reins non palpables, rien aux testicules, prostate normale, urines claires, pas de rétrécissement.

Urétroscopie : vessie à colonnes et cellules, col épaissi et surélevé.

surtout dans sa partie postérieure où il masque, en partie, le trigone, urètre postérieur infecté, prostatite chronique.

Azotémie : 0,44, constante : 0,087.

Opération : paroi vésicale épaissie, ablation du col, mèche, tube de Marion.

Examen histologique : hypertrophie musculaire et anomalies glandulaires, infection subaiguë du revêtement muqueux.

Suites opératoires bonnes, sauf une hématurie peu abondante arrêtée par le chlorure de calcium.

Guérison.

Observation XXI (Bessot, 1932). — Georges S..., 19 ans, se plaint de ne pouvoir uriner : mictions surtout pénibles en voyage, dysurie allant, même, jusqu'à la rétention complète passagère mais récidivante.

Examen : rien d'anormal tant du côté du système nerveux que du côté de la colonne vertébrale. L'appareil urinaire montre une vessie distendue atteignant l'ombilic mais examen absolument négatif par ailleurs.

Cystoscopie : vessie extraordinairement dilatée (1 l. 500), muqueuse normale sauf en région cervicale où elle est rouge et en saillie.

Cystographie : globe vésical important.

Intervention : cystostomie, col saillant, régulier, dur. Ablation du col par morcellement. Tube de Marion. Sonde à demeure.

Suites opératoires : résultat fonctionnel excellent. Guérison.

Examen histologique : tissu conjonctif très compact, infiltration leucocytaire intense, lacs sanguins.

Observation XXII (Gérard, de Lille, 1932). — M. M..., 30 ans. A 8 ans, gravier enlevé par méatotomie. Depuis, mictions lentes accompagnées d'efforts, puis pollakiurie à 20 ans, symptômes s'accentuant progressivement, puis apparition d'urines troubles.

1er *examen* complet de l'appareil urinaire fait porter le diagnostic de diverticules multiples. Traitement médical apporte une amélioration mais récidive avec incontinence nocturne.

2e *examen* : malade en rétention, sondage sans difficulté, résidu de 500 cc. d'urines troubles fétides.

Cystoscopie : muqueuse inflammatoire, vessie à colonnes, nombreux orifices de diverticules, sans orifice sphinctérien indépendants des uretères donc acquis. Prostate non saillante. Col régulier.

Cystographie : diverticules.

Diagnostic : hypertrophie congénitale du col avec sténose.

Opération : paroi vésicale de 2 cm., col vésical violacé, résistant et saillant, excision du col. La muqueuse vésicale enflammée ne présente pas d'orifice diverticulaire mais des points de moindre résistance. Tamponnement. Tube de Marion.

Examen histologique : fibres musculaires épaisses, dissociées par endroits par une sclérose assez manifeste. Aucune hyperplasie glandulaire. Réaction inflammatoire de l'épithélium de revêtement.

Guérison.

Observation XXIII (P. Bourgeois, 1933). — Hervé A..., 19 ans, présente des troubles de la miction.

Depuis l'âge de 12 ans, accuse de la difficulté de la miction accompagnée d'augmentation de fréquences et nycturie, troubles surtout matutinaux. Rien par ailleurs.

Pas de maladies infectieuses, pas de blennorragie.

Cathétérisme : résidu de 600 cc. d'urine normale.

Cystoscopie : capacité formidable de la vessie à parois congestionnées, orifices urétéraux normaux, col vésical déformé, à bords rigides et irréguliers.

Intervention : cystostomie sans éther, vessie mince très distendue, col vésical épaissi, rigide, excision du col, fermeture avec sonde de Pezzer n° 25 et petit drain en espace de Retzius.

Suites opératoires : excellentes. Guérison.

Examen histopathologique : fibres musculaires hypertrophiées et hyperplasiées enserrant les glandes.

Observation XXIV. (Boppe et Marcel, 1933). — Hypertrophie congénitale du col chez une enfant de 7 ans opérée et guérie.

Enfant de 7 ans, atteinte de troubles urinaires : pyurie, incontinence.

Examen : (cystoscopie, cystoradiographie, injection intraveineuse d'abrodyl), dilatation pyélo-urétérale double véritablement monstrueuse à gauche avec déficience sécrétoire très marquée du rein de ce côté.

Intervention : résection totale annulaire du col vésical.

Guérison complète avec miction normale.

Suites : diminution considérable de la dilatation urétérale gauche; le réflexe urétéral de ce côté a disparu.

CONCLUSIONS

I. Il existe bien une affection congénitale caractérisée par des troubles de la miction : dysurie, pollakiurie avec évolution vers la rétention et ses diverses modalités, le tout évoluant chez des jeunes gens.

II. Cette affection est causée par une lésion du col, car les autres organes de la miction sont indemnes. Cette lésion est une hypertrophie de la couche musculaire, très nettement décelable au microscope.

III. Cette hypertrophie musculaire du col ne peut avoir qu'une origine congénitale en l'absence d'autre origine possible et, surtout, en raison de la précocité du début des signes cliniques.

IV. Le diagnostic se fera non seulement sur les signes cliniques, mais surtout sur l'existence de ces signes dans le jeune âge et même dans l'enfance.

V. Le seul traitement qui soit susceptible de donner d'excellents résultats, est l'ablation totale du col vésical.

VI. Comme le pense Marion, cette affection peut être isolée du groupe complexe des maladies du col et former une entité décrite sous le nom d' « hypertrophie congénitale du col vésical ».

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
DUVERGEY

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran et **Noguès**. — *Rétentions vésicales sans obstacle mécanique*, 1er Congrès international d'urologie, 1908.

Albornoz. — « Hipertrophia congenita de cuello vesical con reflujo », *Hosp. argent.*, june 30. 1932, 3; 52-53

Alesio. — *Anatomie, développement et structure du col vésical dans ses maladies à l'exclusion de l'hypertrophie et du cancer de la prostate*, Xe Congrès de la Société italienne d'urologie, Bari, octobre 1931.

Alesio et **Pisani**. — « Le malattie del collo vescicali (esclusa l'ipertrofia e il cancro della prostata) », *Cultura med. mod.*, 10; 871-879, nº 15, 1931).

Bedrna. — « Pathology of neck of bladder », *Casop lek Cesk*, 71 : 449-453, april 8, 1932.

Beer. — « Contraction du col vésical », *New-York med. journ.*, 3 mai 1932, p. 546

Bell (C.). — « Account of the muscles of the ureters and theirs effects in the irritable states of the bladder », *Med. chir. Transactions*, VIII, p. 171-172, 1912.

Bernasconi et **Mariel**. — « Nouvelle observation de « maladie du col vésical » ou d'hypertrophie congénitale du col vésicale », *Algérie médicale*, mars 1933, nº 63.

Bessot. — « Un cas d'hypertrophie congénitale du col vésical », *Rev. méd. de la Franche-Comté*, nº 6, 15 juin 1932.

Blanchot. — « Sur un cas de sténose du col vésical », *Journal d'Urologie*, t. XXV, nº 3, septembre 1928.

Bloc. — *Rétention vésicale par altération intrinsèque du col vésical*, Xe Congrès de la Société italienne d'urologie, Bari, octobre 1931.

Boppe et **Marcel**. — « Hypertrophie congénitale du col vésical », *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, 315-323, juillet 1933.

Bouillié. — « L'hypertrophie congénitale du col vésical », *Journal d'Urologie*, t. XXVII, p. 97-142, février 1929.

Bourgeois (P.). — « Hypertrophie congénitale du col vésical », *Union médical du Canada*, nº 3, mars 1933, t. LXII.

Buerger. — « Nouvelles méthodes de diagnostic de l'état du col de la vessie et de l'urètre postérieur », *Journal d'urologie*, 1920.

Campbell. — « Congenital bladder outlet obstruction in infancy and child hood », *New-York State Journ. of Med.*, 30, p. 704-707, 15 juin 1930.

Carraro. — « Sur les soi-disant prostatiques sans prostate », *Revue clinique d'urologie*, mars 1914.

Cathelin. — « Rétentionniste complet jeune sans prostate », *Ass. franç. d'Urol.* octobre 1931.

Caulk. — « Contracture du col de la vessie chez la femme », *The Journ. of Urol.*, t. VI, n° 5, p. 341, 1921.

— « Obstruction du col vésical », *The journal of Urology*, t. XI, n° 1, 1921.

— « Contracture du col vésical », *The journ. of Urol.*, septembre, 1925, p. 293.

— « Infiltration anesthesie of the internal vesical orifice for the removal of minor obstructions : presentation of a cautery-punch », *The Journ. of Urol.*, t. IV, n° 5, octobre 1920.

— « A new method of removing the median bar type of prostate obstruction », *The journ. of the Missouri state med. assoc.*, t. XVIII, juin 1921, p. 191.

— « Progress in the surgery of prostatic obstruction », *The journ. of the Tennesee state med. assoc.*, may 1927.

Caulk et **Sanford**. — « Section au cautère dans l'ablation des obstructions du col vésical », *The journ. of Americ. Med. Assoc.*, n° 25, 20 décembre 1924.

Chauvin. — *La destruction diathernique des obstacles cervicaux chez les rétentionnistes*, XXXII[e] Congrès français d'urologie, Paris, oct. 1932.

Chetwood. — « Prostatism without enlargment of the prostate », *Ann. of Surgery*, n° 4, 1905.

— « Contraction du col de la vessie », *New-York med. journ.*, 8 février 1913, p. 5259.

— « Revue de la question de la sténose du col y compris les contractures, scléroses, barres », *Transaction of the Ameri. Assoc.*, p. 83, 1915.

— « La sténose du col vésical », *The urol. and cutan. Review*, t. XXIX, n° 8, août 1925.

Cibert et **Dechaume**. — « Dysectasie congénitale du col vésical », *Bull. de la Soc. franç. d'Urol.*, pp. 93-103, 15 février 1932.

Cimino. — *Deux cas de maladie du col vésical*, X[e] Congrès de la Soc. ital. d'Urol., Bari, 20-21 octobre 1931.

Cadvelle, **Grand'Claude** et **Bernard**. — « Un cas de « maladie du col de la vessie », *Annales d'Anat. Path.*, 6, pp. 682-685, juin 1929.

Clyde-Collings. — « La suppression de l'obstruction du col vésical par l'électro-chirurgie », *Journ. d'Urol.*, janvier 1932, p. 87, t. XXXIII.

— « Anatomie pathologique et traitement opératoire de la contracture du col de la vessie », *Journal d'urologie*, p. 451, 1920.

Collings. — « Nouvelle méthode d'excision électrique des lésions obstructives du col de la vessie, contractures et barres », *The Journ. of Urol.*, t. XVI, nº 6, décembre 1926.

Courtade. — « Des rétentions d'urines survenant chez les neurasthéniques et de leur traitement électrique », *Journ. méd.* Paris, nº 26, 20 septembre 1921.

Cummingham. — « Structura of the deep uretra simulating prostatic obstruction », *Trans. Amer. Assoc.*, 1915.

Danis. — « Traitement des obstructions du col », *Journ. d'Urol.*, t. XXXIII, p. 107, 1931.

Day (de Los Angelès). — « Un nouvel emporte-pièce du col vésical à viseur comportant une électrode de coagulation à haute fréquence », *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* (Chicago), 24 mai 1930.

Darget et **Labat**. — « Ablation of neck of bladder in treatment of chronic retention », *Journ. d'urol.*, p. 58-62, janvier 1930.

Delbet. — « Des vices de conformation congénitaux de la vessie et de leur traitement », *Ann. mal. org. genito-urinaires*, 1907, p. 641.

Desmonts. — *Le col de la vessie chez l'homme*, thèse, Montpellier, 1911.

Deton. — « Pathogénie du prostatisme », *Journ. d'Urol.*, 1913, t. IV, p. 233.

Dossot. — *La pathologie du col de la vessie*, Archives urologiques de Necker, 1929.

Dragonas. — *La musculature de la vessie*, Archives urol. de Necker, 1929

— *Etude sur le fonctionnement de la musculature vésicale et le mécanisme de l'ouverture du col dans la miction normale*, Arch. urol. de Necker, janvier 1931.

Eisendrach. — « Obstructions du col vésical. Comment peut-on abaisser la mortalité opératoire et améliorer les résultats éloignés », *Canadian med. assoc. journ.*, octobre 1925.

English. — « Ueber die Kleiheit der Vorsteherdrüse und die dadurch bedingten Stôrungen der Harventleerung », *Zeit. f. Heidkunde*, 1901, t. XXII.

Escande. — « Les prostatiques sans prostate. A propos des obstacles du col vésical s'opposant à la miction. Hypertrophie congénitale du col vésical », *Clinique*, Paris, t. XXV, pp. 9-12, janvier 1930.

Escat. — *Rétraction du col vésical et prostatisme*, Assoc. franç. d'Urologie, octobre 1913

Fayol. — « Pseudo-prostatisme sans prostate », *Lyon Méd.*, janvier 1913.

Fuller. — « Chronic contraction of the prostatic fibres encencling the vesical neck and its treatment », *The med. journ. of med. sciences*, 1897, p. 440.

Gauthier. — « Rétention chronique vésicale traitée avec succès par l'ablation partielle du col de la vessie », *Assoc. fr. d'urol*, 1923, p. 618.

Gayet. — « Rétention chronique d'urine chez la femme », *Lyon Méd.*, n° 9, mars 1925.

Genouville. — *Contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique*, thèse, Paris, 1894.

Geraghty. — « Sphincténotomie par l'urètre », *Journal of urol.*, may 1922.

Gerard. — « Trois cas de maladie du col vésical », *Soc. fr. d'urol.*, 15 février 1932.

Von Graevenitz. — « Akute prostatitis in Kindesalter », *Deutsche Med. Welmocka*, t. LIII, p. 513, 18 mars 1927.

Guyon. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1903, Paris.

Guyon et **Albarran**. — « Prostatisme vésical », *Ann. des mal. org. génito-urin.*, 1889, p. 65,

Heitz-Boyer. — *Revue de chirurgie* 1919.

Heresco. — « Etude sur les rétrécissements congénitaux de l'urètre à propos de la maladie urinaire de J.-J. Rousseau », *Ann. des mal. des org. genito-urin.*, 1908, t. I p. 668.

Huguenin et **Bouillié**. — « Hypertrophie congénitale du col vésical », *Ann. d'anat. path.*, t. VII, pp. 733-736, juin 1930.

Hyman. — « Vessie normale et son sphincter », *Ann. of Surgery*, p. 544, avril 1914.

Keyes. — « Rétrécissement inflammatoire de l'urêtre postérieur », *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, n° 15 1905.

— « Ultimate resultats of the Chetwood operation », *New-York Med. JourYn.*, octobre 1913.

Kramer. — « Contracture of the vesical neck », *Med. journ. and Record*, n° 2, p. 92, 1928.

Jungano. — « Dalle valvole del collo alla malattia del collo vescicale mecanismo delle disurie vescicali », *Morgagnui*, 73, 1801-1812, sept. 20, 1931.

— « Contribution à l'étude histopathologique du col vésical », *Journ. d'Urol.*, t. XXXII, n° 4, octobre 1931.

Jones. — « Congenital hypertrophy of bladder with polycystic kidneys », *Brit. med. journ.*, 2, 29 oct. 1932.

Lasio. — *Les maladies du col vesical*, X^e^ Congrès de la Soc. ital. d'Urol., octobre 1931.

Lazarius. — « Obstructive lesion, involving the vesical outlet », *Amer. Journ. of Surgery*, n° 3, septembre 1927.

Le Fur. — Congrès d'urologie 1926.

— « Des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur », *Ann. des mal. des org. genito-urin.*, p. 1, 1905.

— « Rétention d'urine. Athésie partielle du col vésical », *Presse médicale* 21 juin 1927.

— « La maladie du col vésical », *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, t. XXIV, n° 15, 18 novembre 1932.
— *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme*, Paris, 1923.
Legueu. — « Le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique », *Arch. urol. de Necker*, t. II, fasc. 2, p. 197, 1919.
— « La conception nouvelle de la maladie prostatique », *Arch. urol. de Necker*, t. II, p. 201, 1922.
— « L'hypertrophie congénitale du col vésical », *Journal d'Urol.*, décembre 1927.
Legueu et **Flandrin**. — « Résection du col vésical », *Bull. Soc. fr. d'Urol.*, 17 décembre 1928, n° 9, p. 250.
Lilla. — *Contribution à l'étude des maladies du col vésical*, X^e^ Congrès de la Soc. ital. d'Urol., Bari, 20-21 octobre 1931.
Luys. — *La suppression des lésions du col vésical par l'électrochirurgie* (XXXI^e^ Congrès de la Soc. fr. d'Urol., Paris, octobre 1931.
Maltese Le Roy. — *Hypertrophie congénitale du col vésical*, Soc. fr. d'urol., 6 juillet 1931.
— « Contributo allo studio delle disectasie del collo vescicale », *Arch. ital. di Urol.*, t. X, pp. 52-54, janvier 1933.
Marion. — « Existe-t-il un prostatisme vésical ? », *Journ. d'Urol.* octobre 1912.
— « De l'hypertrophie congénitale du col vésical », *Journ. d'Urol.*, février 1927, t. XXII, n° 2.
— « A propos des dysuries par modification du col vésical », *Journ. d'Urol.*, t. XXV, n° 1, janvier 1928, p. 30.
— *Hypertrophie congénitale du col vésical*, XXVI^e^ Congrès d'urol. 1926.
— « De l'hypertrophie congénitale du col vésical », *Journal de l'Acad. de Med.*, t. XIX, n° 6, février 1928.
— Rapport au Congrès international d'Urologie, Londres, juillet 1933.
Marion et **Chevassu**. — « Un nouveau cas d'hypertrophie congénitale du col vésical », *Bull. de Soc. fr. d'Urol.*, n° 7, pp. 203-211, 11 juillet, 1927.
Martin. — « Troubles dysuriques consécutifs à l'existence d'une valvule congénitale du col vésical », *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, n° 30, novembre 1922.
— *Hypertrophie congénitale du col de la vessie*, Soc. anatomo-clinique de Toulouse, 27 juin 1928.
Mercier. — *Recherches sur le traitement des maladies des organes génito-urinaires*, 1856.
Mercier (du Canada). — Thèse d'agrégation, 1929.
Michon. — « Prostatiques sans prostate », *Journ. med. franç.*, janvier 1927.
Michon et **Mouzon**. — « Un cas de dysectasie du col vésical », *Journ. d'Urol.*, t. XXXI, p. 498, mai 1931.

Mingazzini. — « Contributo clinico allo studio delle affezioni del collo vescicale », *Polyclinic* (sez Prat), 39 ; 168-178, 1er février 1932.

Molarry. — « Méthode pour supprimer les petites obstruations de l'orifice vésical à l'aide de l'électrode à haute fréquence », *The urol. and cutan. dis. Review.*, oct. 1923, p. 60.

— « Diagnostic et traitement des déformations et obstruations de l'orifice vésical avec un nouveau type d'électrode à haute fréquence », *The urol. and cutan. dis. Review*, juillet 1927, p. 407.

Moran. — « Note sur un cas de prostatisme sans prostate », *Ann. des mal. des org. genito-urin.*, p. 1623, 1904.

Moreau. — *Les prostatiques sans prostate. Quelques considérations*, thèse, Paris, 1922.

Motz. — « Contribution à l'étude du prostatisme », *Congrès de chirurgie urinaire*, p. 256, 1900.

Motz et **Arrese**. — « Notes sur les vessies des prostatiques sans prostate », *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, t. XXI, 1903.

Negro et **Sacchi**. — *Contribution à l'étude de ce qu'on appelle « maladie du col »*, Xe Congrès de la Soc. ital. d'Urol., Bari, oct. 1931.

Nisio. — *Sur la soi-disant maladie du col vésical*, Xe Congrès de la Soc. ital. d'Urol. Bari, 1931.

Ortali. — « Il prostatismo precoce », *Osservazioni cliniche Riv. Med.*, 36, 178, déc. 1928; 36, 1er janvier 1929.

Papin. — *Endoscopie opératoires des voies urinaires*, 1923.

— « L'atrophie de la prostate », *Le Scalpel*, no 37, p. 873, 1922.

Papin et **Verliac**. — « Etude sur les tumeurs bénignes urétro-prostatiques », *Arch. urol. de Necker*, t. II, 1920.

Papin (M., La Rochelle). — « Contribution à l'étude des dysuries, dues aux maladies du col vésical », *Journ. d'Urol.*, t. XXV no 3, mars 1928, p. 254.

— « *Maladie du col vésical* » *chez la femme*, Soc. fr. d'Urol., 15 mai 1933.

Parker. — « Les obstructions du col vésical, leur traitement chirurgical, en particulier, avec le punch-opération de Young », *Surg. Gyn. and Obst.*, 1923, no 1, XXXVI, p. 36.

Pavone. — *Diverses formes de maladies du col vésical sur la base de cas cliniques*, Xe Congrès de la Soc. ital. d'Urol., 1931.

Phelip. — « Recherches endoscopiques sur le fonctionnement du col vésical et les rétentions incomplètes », *Lyon chir.*, avril 1922.

— *Les rétentions par sclérose du col et de l'urètre sus-montanal*, Assoc. fr. d'Urol., 16 janvier 1933.

« Constatations endoscopiques et technique opératoire endoscopique dans les dysectasies du col vésical (hypertrophie prostatique exclue), *Journ. d'Urol.*, oct. 1932.

Picquet et **Bonnecaze**. — « Malformation congénitale du col vésical », *Journ. d'urol.*, t. XXV, no 2, février 1928.

Pirodini. — « Contribution à l'étude de la soi-disant barre du col vésical », *Arch. ital. di urol.*, t. II,sept. 1925.

Pisani. — « La cosidetta malattia del collo vescicala », *Arch. ital. d'anat. e istol.*, pat. 2, pp. 197-222, 1931.

Randall. — « Median bor as formed at autopsy », *Journ. of Urol.*, août 1917

Revertès. — *Sobre la pathogenia del prostatismo*, Congrès de Madrid, 1918.

Richer. — « Chirurgie du muscle vésical », *Journ. d'Urol.*, mars 1927, p. 210.

Rodriguez. — *La dysectasie du col de la vessie*, thèse, Paris, 1932.

Rochet. — *Essai du traitement chirurgical des rétentions dites sans obstacle mécanique*, Assoc. fr. d'Urol., 1911.

— « Les obstacles et déformations du col vésical en dehors de l'hypertrophie prostatique », *Lyon chir.*, t. XXIX, août 1927.

Rubritius. — « Des rétentions d'urine dues à une contracture persistante du sphincter et leur traitement », *Gessel. ur Kong in Wien.*

— « De l'hypertrophie idiopathique du sphincter comme cause des rétentions chroniques d'urine », *Zeit. f. urol.*, t. VII, n° 9, 1922, p. 522.

— « Pathogénie de la rétention d'urine de nature prostatique et non prostatique », *Wien. Klin. Woch.*, n° 40, 1926.

Rubritius et **Schwarz**. — « Contribution to the problem of contracture of bladder », *The journ. of Urol.*, mai 1926, p. 461.

Serrallach (N.) et **Serrallach** (F.). — « Pourquoi les prostatiques ne peuvent uriner ? » *Journ. d'Urol.*, t. XXXVI, n° 4, oct. 1928.

Salleras et **Vilar**. — « Hipertrofia congenita del cuello vesical con diverticulo del organo », *Semana medica* 5 sept. 1929.

Sandoval. — *Urétrocystoscopie au moyen de l'urétrocystoscopie de Heitz-Boyer dans les lésions du col vésical et de l'urètre profond*, thèse, Paris, 1925.

Stern. — « Résection des obstructions de l'orifice vésical », *The journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 novembre 1926.

Surraco. — « Le syndrome de la fausse incontinence des jeunes gens », *Journ. d'Urol.*, t. XXVIII, janvier 1929.

Testut. — *Anatomie humaine.*

Thévenot. — « Essai sur le traitement chirurgical des rétentions d'urine sans obstacle mécanique », *Progrès méd.*, 13 déc. 1913.

Thomson. — *The diseases of the prostate, their pathology and treatment*, London, 1886.

Velpeau. — *Manuel d'anatomie chir. gén. et topog.*, Paris, 1837.

Vincent. et **Parmentier**. — « Deux cas de maladie du col vésical », *Journ. des Sciences médicales*, Lille, 23 juillet 1933.

Voelker. — « Sclérose du splincter vésical », *Zeit. Urol. chir.*, t. XVII, janvier 1925.

Walker (Thomson). — « Atony of the bladder without obstructions or signs of organic nervous diseases », *Ann. of Surgery*, novembre 1910.

Wesson. — « Anatomie, embryologie et physiologie du trigone et du col de la vessie », *Journ. of Urol*, juin 1920.

Young. — *Young's practice of urology*.

Young et **Wesson**. — « Anatomie et chirurgie du trigone », *Arch. of Surg*, Chicago, t. III, 21 juillet 1917.

Young et **Macht**. — « A contribution to the physiology and pharmacology of the trigonum vésicae », *The Journ. of pharmac. and experimental therapeuties*, 1923, t. XXII, p. 239.

Bordeaux. — Imprimerie J. Bière, 18-20-22, rue du Peugue. 1934.